

|         |
|---------|
| Behörde |
|---------|

|                 |
|-----------------|
| Eingangsstempel |
| Aktenzeichen    |

☐ **Antrag auf Erteilung eines Wohnberechtigungsscheins**  
zum Bezug einer geförderten Wohnung in Niedersachsen

► Bitte deutlich schreiben und Zutreffendes ankreuzen ☒

☐ **Einkommenserklärung der**  
☐ Person, die einen Wohnberechtigungsschein nach § 8 NWoFG beantragt  
☐ Person, die Wohnraumförderung nach § 6 NWoFG beantragt

Bitte eine weitere Einkommenserklärung (Anlage 1) von jeder haushaltsangehörigen Person mit eigenem Einkommen beifügen.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------|
| <b>1 Antragsteller/in</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |              |
| Familienname, ggf. Geburtsname                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Vorname(n)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     | Geburtsdatum |
| E-Mail-Adresse                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Telefon             |              |
| Straße, Hausnummer, Stockwerk, ggf. Wohnungsnummer, Postleitzahl, Ort                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Staatsangehörigkeit |              |
| Bei Nicht-EU-Staatsangehörigkeit (auch von Haushaltsmitgliedern) sind Unterlagen über den Aufenthaltsstatus beizufügen.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |              |
| Familienstand<br><input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet<br><input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft, Lebenspartner/in verstorben<br><input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft, aufgehoben <input type="checkbox"/> eheähnliche Lebensgemeinschaft |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |              |
| Erwerbsstatus<br><input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in <input type="checkbox"/> Student/in oder Auszubildende/r <input type="checkbox"/> zur Zeit arbeitslos<br><input type="checkbox"/> Selbständige/r <input type="checkbox"/> Rentner/in oder Pensionär/in <input type="checkbox"/> sonstige Nichterwerbsperson                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |              |
| <b>2 Nur bei Antrag auf Erteilung eines Wohnberechtigungsscheins</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Ich bewohne zur Zeit eine geförderte Wohnung<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |              |
| <b>3 Ich beantrage die Erteilung eines Wohnberechtigungsscheins für die folgende Wohnung:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Lage (Erdgeschoss / Stockwerk, rechts / links / Mitte)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |              |
| <b>4 Im Wohnberechtigungsschein soll ein zusätzlicher Raumbedarf angegeben werden,</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> weil ich oder eine zum Haushalt rechnende Person eine Schwerbehinderung oder Pflegegrad 2 oder höher hat / habe<br><input type="checkbox"/> weil ich alleinerziehend bin<br><input type="checkbox"/> weil ich aus folgenden Gründen zusätzlichen Raumbedarf habe:<br><div></div>                                                                                                                          |                     |              |
| <b>5 Vermögen</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Verfügen Sie und / oder zu Ihrem Haushalt gehörende Personen über Vermögen (= Gesamtheit der in Geld messbaren Güter der zum Haushalt rechnenden Personen, also u.a. Barvermögen, Geldwerte und bewegliche Sachen sowie bebaute und unbebaute Grundstücke) im Wert von mehr als 60.000 EUR?<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>Bei „ja“ machen Sie bitte nachfolgend genauere Angaben:<br><div></div> |                     |              |

| <b>6</b>                                                             | <b>Alle zum Haushalt rechnenden Personen erhalten</b><br>Leistungen für Unterkunft und Heizung nach dem Zweiten oder Zwölften Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB II oder SGB XII)<br>oder Wohngeld nach dem Wohngeldgesetz (WoGG)<br>oder Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG)<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>Bei Beantwortung mit „ja“ fügen Sie bitte die entsprechenden Bescheide bei. Es sind im Weiteren nur noch Angaben zu Nr. 14 und Nr. 17 erforderlich.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |                          |                          |                          |                                                          |        |                                                                      |        |                                                           |        |                                                           |        |                                           |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |       |  |   |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|--|---|-------|--|---|
| <b>7</b>                                                             | <b>Jahreseinkommen</b><br><b>7.1 Bruttoeinnahmen aus nichtselbständiger Arbeit</b> (Arbeitslohn oder Renten / Versorgungsbezüge) in den letzten zwölf Monaten vor Antragstellung, ohne Einnahmen nach Nr. 8<br><table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;">Monat</td> <td style="width: 15%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">€</td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;">Monat</td> <td style="width: 15%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">€</td> </tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black;">Monat</td><td style="border-bottom: 1px solid black;"></td><td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">€</td><td style="border-bottom: 1px solid black;">Monat</td><td style="border-bottom: 1px solid black;"></td><td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">€</td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black;">Monat</td><td style="border-bottom: 1px solid black;"></td><td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">€</td><td style="border-bottom: 1px solid black;">Monat</td><td style="border-bottom: 1px solid black;"></td><td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">€</td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black;">Monat</td><td style="border-bottom: 1px solid black;"></td><td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">€</td><td style="border-bottom: 1px solid black;">Monat</td><td style="border-bottom: 1px solid black;"></td><td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">€</td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black;">Monat</td><td style="border-bottom: 1px solid black;"></td><td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">€</td><td style="border-bottom: 1px solid black;">Monat</td><td style="border-bottom: 1px solid black;"></td><td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">€</td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black;">Monat</td><td style="border-bottom: 1px solid black;"></td><td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">€</td><td style="border-bottom: 1px solid black;">Monat</td><td style="border-bottom: 1px solid black;"></td><td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">€</td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black;">Monat</td><td style="border-bottom: 1px solid black;"></td><td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">€</td><td style="border-bottom: 1px solid black;">Monat</td><td style="border-bottom: 1px solid black;"></td><td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">€</td></tr> </table> |       |                          |                          |                          | Monat                                                    |        | €                                                                    | Monat  |                                                           | €      | Monat                                                     |        | €                                         | Monat                    |                          | €                        | Monat |  | € | Monat                    |                          | €                        | Monat |  | € | Monat                    |                          | €                        | Monat |  | € | Monat                    |                          | €                        | Monat |  | € | Monat                    |                          | €                        | Monat |  | € | Monat |  | € |
| Monat                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | €     | Monat                    |                          | €                        |                                                          |        |                                                                      |        |                                                           |        |                                                           |        |                                           |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |       |  |   |
| Monat                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | €     | Monat                    |                          | €                        |                                                          |        |                                                                      |        |                                                           |        |                                                           |        |                                           |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |       |  |   |
| Monat                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | €     | Monat                    |                          | €                        |                                                          |        |                                                                      |        |                                                           |        |                                                           |        |                                           |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |       |  |   |
| Monat                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | €     | Monat                    |                          | €                        |                                                          |        |                                                                      |        |                                                           |        |                                                           |        |                                           |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |       |  |   |
| Monat                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | €     | Monat                    |                          | €                        |                                                          |        |                                                                      |        |                                                           |        |                                                           |        |                                           |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |       |  |   |
| Monat                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | €     | Monat                    |                          | €                        |                                                          |        |                                                                      |        |                                                           |        |                                                           |        |                                           |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |       |  |   |
| Monat                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | €     | Monat                    |                          | €                        |                                                          |        |                                                                      |        |                                                           |        |                                                           |        |                                           |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |       |  |   |
|                                                                      | <b>7.2 Einnahmen aus Kapitalvermögen</b> (ohne Abzug des Sparer-Pauschbetrags gemäß § 20 Abs. 9 EStG)<br><input type="checkbox"/> in Höhe von _____ € /Jahr                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |                          |                          |                          |                                                          |        |                                                                      |        |                                                           |        |                                                           |        |                                           |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |       |  |   |
|                                                                      | <b>7.3 Weitere Einkünfte</b> (Einnahmen abzüglich Betriebsausgaben / Werbungskosten) aus<br><table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;"><input type="checkbox"/> Land- und Forstwirtschaft _____</td> <td style="width: 20%; text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">€/Jahr</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gewerbebetrieb / selbständiger Arbeit _____</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">€/Jahr</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Vermietung und Verpachtung _____</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">€/Jahr</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> sonstige Einkünfte _____</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">€/Jahr</td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> Land- und Forstwirtschaft _____ | €/Jahr | <input type="checkbox"/> Gewerbebetrieb / selbständiger Arbeit _____ | €/Jahr | <input type="checkbox"/> Vermietung und Verpachtung _____ | €/Jahr | <input type="checkbox"/> sonstige Einkünfte _____         | €/Jahr |                                           |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |       |  |   |
| <input type="checkbox"/> Land- und Forstwirtschaft _____             | €/Jahr                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |                          |                          |                          |                                                          |        |                                                                      |        |                                                           |        |                                                           |        |                                           |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |       |  |   |
| <input type="checkbox"/> Gewerbebetrieb / selbständiger Arbeit _____ | €/Jahr                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |                          |                          |                          |                                                          |        |                                                                      |        |                                                           |        |                                                           |        |                                           |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |       |  |   |
| <input type="checkbox"/> Vermietung und Verpachtung _____            | €/Jahr                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |                          |                          |                          |                                                          |        |                                                                      |        |                                                           |        |                                                           |        |                                           |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |       |  |   |
| <input type="checkbox"/> sonstige Einkünfte _____                    | €/Jahr                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |                          |                          |                          |                                                          |        |                                                                      |        |                                                           |        |                                                           |        |                                           |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |       |  |   |
| <b>8</b>                                                             | <b>Steuerpflichtige Einnahmen folgender Art</b><br>a) in den letzten zwölf Monaten vor Antragstellung:<br><table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;"><input type="checkbox"/> Weihnachtsgeld _____</td> <td style="width: 20%; text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">€/Jahr</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Urlaubsgeld _____</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">€/Jahr</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> zusätzliche Monatsgehälter _____</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">€/Jahr</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> sonstige Sonderzuwendungen _____</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">€/Jahr</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sachbezüge _____</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">€/Jahr</td> </tr> </table> b) in den letzten drei Jahren, z. B. Abfindungen _____ € /Jahr                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |       |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> Weihnachtsgeld _____            | €/Jahr | <input type="checkbox"/> Urlaubsgeld _____                           | €/Jahr | <input type="checkbox"/> zusätzliche Monatsgehälter _____ | €/Jahr | <input type="checkbox"/> sonstige Sonderzuwendungen _____ | €/Jahr | <input type="checkbox"/> Sachbezüge _____ | €/Jahr                   |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |       |  |   |
| <input type="checkbox"/> Weihnachtsgeld _____                        | €/Jahr                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |                          |                          |                          |                                                          |        |                                                                      |        |                                                           |        |                                                           |        |                                           |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |       |  |   |
| <input type="checkbox"/> Urlaubsgeld _____                           | €/Jahr                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |                          |                          |                          |                                                          |        |                                                                      |        |                                                           |        |                                                           |        |                                           |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |       |  |   |
| <input type="checkbox"/> zusätzliche Monatsgehälter _____            | €/Jahr                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |                          |                          |                          |                                                          |        |                                                                      |        |                                                           |        |                                                           |        |                                           |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |       |  |   |
| <input type="checkbox"/> sonstige Sonderzuwendungen _____            | €/Jahr                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |                          |                          |                          |                                                          |        |                                                                      |        |                                                           |        |                                                           |        |                                           |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |       |  |   |
| <input type="checkbox"/> Sachbezüge _____                            | €/Jahr                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |                          |                          |                          |                                                          |        |                                                                      |        |                                                           |        |                                                           |        |                                           |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |       |  |   |
| <b>9</b>                                                             | <b>Steuerfreie Einnahmen</b><br>in den letzten zwölf Monaten (z. B. Arbeitslosengeld, Kurzarbeitergeld, Zuschläge für Sonntags-, Feiertags- oder Nacharbeit, Übergangsgeld, Unterhaltsgeld, Unterhaltsleistungen, Unterhaltersatzleistungen, Krankengeld, Bürgergeld, Leistungen der Grundsicherung oder Pflegegeld)<br><table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 45%;">Einnahmeart</th> <th style="width: 10%;">Betrag</th> <th style="width: 10%;">€ pro</th> <th style="width: 10%;">Woche</th> <th style="width: 10%;">Monat</th> <th style="width: 10%;">Jahr</th> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>                         |       |                          |                          |                          | Einnahmeart                                              | Betrag | € pro                                                                | Woche  | Monat                                                     | Jahr   |                                                           |        |                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |  |   |       |  |   |
| Einnahmeart                                                          | Betrag                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | € pro | Woche                    | Monat                    | Jahr                     |                                                          |        |                                                                      |        |                                                           |        |                                                           |        |                                           |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |       |  |   |
|                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                          |        |                                                                      |        |                                                           |        |                                                           |        |                                           |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |       |  |   |
|                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                          |        |                                                                      |        |                                                           |        |                                                           |        |                                           |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |       |  |   |
|                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                          |        |                                                                      |        |                                                           |        |                                                           |        |                                           |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |       |  |   |
|                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                          |        |                                                                      |        |                                                           |        |                                                           |        |                                           |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |       |  |   |
|                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                          |        |                                                                      |        |                                                           |        |                                                           |        |                                           |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |                          |                          |                          |       |  |   |       |  |   |

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                            |                                           |                                                |                                    |                                                           |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>10</b> | <b>Werbungskosten / Aufwendungen</b><br><input type="checkbox"/> Ich mache nur die Werbungskostenpauschale geltend.<br>Ich hatte / habe erhöhte Werbungskosten (soweit nicht schon unter Nr. 7.3 abgesetzt) für<br><div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 60%;"> <input type="checkbox"/> Einnahme: <input style="width: 80%;" type="text"/><br/> <input type="checkbox"/> Einnahme: <input style="width: 80%;" type="text"/> </div> <div style="width: 35%;">                 Betrag: <input style="width: 80%;" type="text"/> €<br/>                 Betrag: <input style="width: 80%;" type="text"/> €             </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                            |                                           |                                                |                                    |                                                           |
| <b>11</b> | <input type="checkbox"/> Ich werde zur Einkommensteuer veranlagt<br>Summe der positiven Einkünfte 20 <input style="width: 100px;" type="text"/> Betrag: <input style="width: 100px;" type="text"/> €                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                            |                                           |                                                |                                    |                                                           |
| <b>12</b> | <b>Veränderungen meines Einkommens</b><br><input type="checkbox"/> Meine aufgeführten Einnahmen haben sich bereits geändert oder werden sich innerhalb der nächsten zwölf Monate ab Antragstellung folgendermaßen ändern:<br><div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Meine Einnahmen haben sich nicht geändert und es ist auch nicht absehbar, dass sie sich innerhalb der nächsten zwölf Monate ab Antragstellung ändern werden.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                            |                                           |                                                |                                    |                                                           |
| <b>13</b> | <b>Krankenversicherung, Rentenversicherung, Steuern</b><br>Ich entrichte<br>13.1 <input type="checkbox"/> Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung<br><input type="checkbox"/> Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung<br>13.2 <input type="checkbox"/> freiwillige Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung<br><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">Name und Anschrift der Krankenkasse</div> <input type="checkbox"/> freiwillige Beiträge zur Rentenversicherung oder Lebensversicherung<br><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">Name und Anschrift der Renten- oder Lebensversicherung, Pensions- oder Versorgungskasse</div> <input type="checkbox"/> Diese Beiträge zahle ich für mich.<br><input type="checkbox"/> Diese Beiträge zahle ich für: <input style="width: 400px;" type="text"/><br>13.3 <input type="checkbox"/> Steuern vom Einkommen (Einkommen-, Lohn-, Kapitalertrag- oder Kirchensteuer)<br>13.4 <input type="checkbox"/> keine der in den Nrn. 13.1 bis 13.3 aufgeführten Zahlungen |                                            |                                           |                                                |                                    |                                                           |
| <b>14</b> | Zu meinem <b>Haushalt</b> gehören folgende Personen (Lfd. Nr. 1 - 5); außerdem werden alsbald*) folgende Personen dem Haushalt angehören (Lfd. Nr. 6 - 8)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                            |                                           |                                                |                                    |                                                           |
|           | Lfd. Nr.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Name, Vorname                              | Geburtsdatum                              | Verwandtschafts- bzw. Partnerschaftsverhältnis | Datum der Aufnahme in den Haushalt | Eigenes Einkommen                                         |
|           | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Antragstellerin / Antragsteller            | <input style="width: 80px;" type="text"/> | <input style="width: 80px;" type="text"/>      |                                    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|           | 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input style="width: 150px;" type="text"/> | <input style="width: 80px;" type="text"/> | <input style="width: 80px;" type="text"/>      |                                    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|           | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input style="width: 150px;" type="text"/> | <input style="width: 80px;" type="text"/> | <input style="width: 80px;" type="text"/>      |                                    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|           | 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input style="width: 150px;" type="text"/> | <input style="width: 80px;" type="text"/> | <input style="width: 80px;" type="text"/>      |                                    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|           | 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input style="width: 150px;" type="text"/> | <input style="width: 80px;" type="text"/> | <input style="width: 80px;" type="text"/>      |                                    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

|                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|-----------------------------------------------------------|
| Alsbald*) dem Haushalt angehörige Personen:                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |                                                           |
| 6                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 7                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 8                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Bei Person Nr. <input style="width: 50px;" type="text"/> liegt eine Schwangerschaft vor. Errechneter Entbindungstermin ist der <input style="width: 100px;" type="text"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |                                                           |
| (weitere Personen bitte auf besonderem Blatt angeben)                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |                                                           |
| *) „Alsbald“ bedeutet hier, dass die betreffende Person spätestens innerhalb von 6 Monaten nach Bezug der Wohnung in den Haushalt aufgenommen werden soll.                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |                                                           |
| <b>15</b>                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Die Einkommenserklärungen für die Haushaltsangehörigen mit eigenem Einkommen habe ich dem Antrag beigelegt. Ich bestätige ausdrücklich, dass alle Personen ohne eigene Einkommenserklärung kein Einkommen in den vergangenen zwölf Monaten hatten und auch noch nicht konkret feststeht, dass sie dieses in Zukunft haben werden.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |                                                           |
| <b>16</b>                                                                                                                                                                 | <b>Angaben zu Frei- und Abzugsbeträgen</b><br><br><b>16.1 <input type="checkbox"/> Freibetrag für Alleinerziehende</b><br>Ich bekomme für folgende Kinder unter 18 Jahren Kindergeld oder eine Leistung im Sinne des § 65 Abs. 1 EStG:<br><div style="border: 1px solid black; height: 25px; margin-top: 5px;"></div> Name des Kindes / der Kinder                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |                                                           |
|                                                                                                                                                                           | <b>16.2 Freibetrag wegen Schwerbehinderung ab einem Grad von mindestens 50 oder Pflegegrad ab Stufe 2</b><br><br><input type="checkbox"/> Ich bin schwerbehindert (mind. 50%) oder habe einen Pflegegrad ab Stufe 2.<br><br><input type="checkbox"/> Schwerbehindert (mind. 50%) ist / einen Pflegegrad ab Stufe 2 hat folgende Person meines Haushalts: <input style="width: 150px;" type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |                                                           |
|                                                                                                                                                                           | <b>16.3 Abzugsbetrag für Aufwendungen zur Erfüllung von Unterhaltsverpflichtungen</b><br><br><input type="checkbox"/> Ich zahle Unterhalt.<br><br><input type="checkbox"/> Unterhalt zahlt folgende Person meines Haushalts: <input style="width: 150px;" type="text"/><br><br><input type="checkbox"/> Es gibt für die Unterhaltsverpflichtung eine notariell beurkundete Vereinbarung, einen Unterhaltstitel oder einen Bescheid.<br>Der Unterhalt <input style="width: 150px;" type="text"/><br>wird für<br>in Höhe von <input style="width: 50px;" type="text"/> € pro Monat gezahlt.<br><br><input type="checkbox"/> Er/Sie gehört zu meinem Haushalt, ist jedoch auswärts untergebracht und in der Berufsausbildung.<br><br><input type="checkbox"/> Er/Sie gehört nicht zu meinem Haushalt und ist keine frührere oder dauerhaft getrennt lebende Ehe- oder Lebenspartnerin bzw. kein früherer oder dauerhaft getrennt lebender Ehe- oder Lebenspartner. |  |  |  |                                                           |
| <b>17</b>                                                                                                                                                                 | <b>Ich versichere, dass die vorstehenden Erklärungen richtig und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass falsche Angaben als Falschbeurkundung oder Betrug verfolgt und bestraft werden können. Die erforderlichen Unterlagen und Belege füge ich bei.</b><br><br><div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 45%; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 45%; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span style="width: 45%;">Ort, Datum</span> <span style="width: 45%;">Unterschrift</span> </div>                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |                                                           |